

茨城県市町村職員共済組合 高額療養費(外来年間合算)支給申請書 兼 自己負担額証明書交付申請書

決		確		係	
裁		認			

年間の高額療養費を申請する場合
 基準日(計算期間の末日)時点では当組合に加入しているが、計算期間中に他の医療保険の加入期間もある場合

(組合記入欄) 支給申請書整理番号

申請対象年度	令和 ○○ 年度	計算期間の始期及び終期	令和 ○○ 年 8 月 1 日から 令和 ○○ 年 7 月 31 日まで	1	枚中	1	枚目
--------	----------	-------------	--------------------------------------	---	----	---	----

フリガナ	キョウサイ タロウ			保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号		
申請者氏名	共 済 太 郎			保険者加入歴 ※1	1	〇〇健康保険組合	平成 ○○ 年 4 月 21 日から 令和 ○○ 年 3 月 31 日まで	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
生年月日	平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日生	性別	男		2		年 月 日から 年 月 日まで	
組合員等記号番号	〇 〇 〇 - 〇 〇 〇 〇 〇				3		年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	令和 ○○ 年 4 月 1 日から 令和 ○○ 年 7 月 31 日まで			計算期間の末日において加入する医療保険者の名称 ※2				

フリガナ	キョウサイ ハナコ			保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号		
被扶養者氏名	共 済 花 子			保険者加入歴 ※3	1	〇〇健康保険組合	平成 ○○ 年 4 月 21 日から 令和 ○○ 年 3 月 31 日まで	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
生年月日	平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日生	性別	男		2		年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	令和 ○○ 年 4 月 1 日から 令和 ○○ 年 7 月 31 日まで				3		年 月 日から 年 月 日まで	

フリガナ				保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号		
被扶養者氏名				保険者加入歴 ※3	1		年 月 日から	
生年月日	年 月 日生	性別	男		2		年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	年 月 日から 年 月 日まで				3		年 月 日から 年 月 日まで	

交付を受けた「自己負担額証明書」に記載されている内容を確認のうえ、記入してください。
 自己負担額がなく、「自己負担額証明書」を添付しない場合は、「添付の自己負担額証明書整理番号」欄に「添付なし」と明記してください。

備考	任意継続組合員の方は、所属所長の証明は不要です。
----	--------------------------

茨城県市町村職員共済組合理事長 様	申請年月日 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	住所 茨城県○○市○○町○○番地	申請者氏名 共 済 太 郎	上記内容に相違ないことを証明します。 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 職名 ○ ○ 市 長 所属所長 氏名 ○ ○ ○ ○
① 外来年間合算の支給を申請します。 ② 自己負担額証明書の交付を申請します。 ※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んでください。 外来年間合算の支給申請のみを行う場合、①のみを丸で囲んでください。				

茨城県市町村職員共済組合 高額療養費(外来年間合算)支給申請書 兼 自己負担額証明書交付申請書

決		確		係	
裁		認			

自己負担額証明書の交付を申請する場合
 基準日(計算期間の末日)時点では他の医療保険に加入しているが、計算期間中に当組合の加入期間もある場合

(組合記入欄) 支給申請書整理番号

申請対象年度	令和 〇〇 年度	計算期間の始期及び終期	令和 〇〇 年 8 月 1 日から 令和 〇〇 年 7 月 31 日まで	1	枚中	1	枚目
--------	----------	-------------	--------------------------------------	---	----	---	----

フリガナ	キョウサイ タロウ			保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
申請者氏名	共 済 太 郎			保険者加入歴 ※1	年 月 日から 年 月 日まで	
生年月日	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日生	性別	男		年 月 日から 年 月 日まで	
組合員等記号番号	〇 〇 〇 - 〇 〇 〇 〇 〇				年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	令和 〇〇 年 4 月 1 日から 令和 〇〇 年 3 月 31 日まで			計算期間の末日において加入する医療保険者の名称 ※2		〇〇健康保険組合

フリガナ	キョウサイ ハナコ			保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
被扶養者氏名	共 済 花 子			保険者加入歴 ※3	年 月 日から 年 月 日まで	
生年月日	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日生	性別	男		年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	令和 〇〇 年 4 月 1 日から 令和 〇〇 年 3 月 31 日まで				年 月 日から 年 月 日まで	

7月31日時点で加入している医療保険者の名称を記入してください。

フリガナ				保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
被扶養者氏名				保険者加入歴 ※3	年 月 日から 年 月 日まで	
生年月日	年 月 日生	性別	男		年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	年 月 日から 年 月 日まで				年 月 日から 年 月 日まで	

備考	任意継続組合員の方は、所属所長の証明は不要です。
----	--------------------------

茨城県市町村職員共済組合理事長 様	申請年月日 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	上記内容に相違ないことを証明します。 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
住所 茨城県〇〇市〇〇町〇〇番地	申請者氏名 共 済 太 郎	職名 〇 〇 市 長
① 外来年間合算の支給を申請します。		所属所長 〇 〇 〇 〇
② 自己負担額証明書の交付を申請します。		氏名 〇 〇 〇 〇
※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んでください。外来年間合算の支給申請のみを行う場合、①のみを丸で囲んでください。		